



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão de Guia 11/01/02/21	4-Data de Autógrafe 11/21/02/21	5-Sem AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8290263	7-Data Validade de Sanha 11/11/05/21
--------------------------	--	------------------------------------	---------------------	---------------------------------------	---

474724
INTERCÂMBIO

8-Paciente da Clínica 0101202153509151000011011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade de Carteira 11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	---	---------------------------------------

12/01/1982

14-Telefone
() - - - - -15-Nome do titular do plano
ELLEN MARA PIRES

13-Nome ELLEN MARA PIRES	16-Endereço Residencial pelo Tratamento NATHALIA BATISTELA MARTINS DE PAULA	17-Nome do Profissional Solicitante N	18-Número no CRO 137593	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código de Operadora / CBO / CPF 1463030468119	22-Nome do Contratado Excedente NATHALIA BATISTELA MARTINS DE PAULA	23-Número no CRO 137593	24-UF SP	25-Código CNES (F) 86200140-25	Enviar - RX (I) 81000421-RPSE
26-Nome do Profissional Excedente NATHALIA BATISTELA MARTINS DE PAULA	27-Número no CRO 137593	28-UF SP	29-Código CBO S		

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia
1	00185200140	TRATAMENTO ENDODONTICO	25	1	1	333,00	0,00	51121/01/21			
2	001810100421	RX PERIAPICAL	RPSE	1	1	14,00	0,00	51121/01/21			
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/21/01/21	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1347,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	-----------------------------------	-----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(foram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

48-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/21/01/21 N. Batista Paula	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/21/01/21 N. Batista Paula	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário 11/21/01/21 N. Batista Paula	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------